# Faculté de Médecine

## DE MONTPELLIER.

---

### PROFESSEURS.

| | |
|---|---|
| MM. CAIZERGUES, Doyen. | *Clinique médicale.* |
| BROUSSONNET. | *Clinique médicale.* |
| LORDAT. | *Physiologie.* |
| DELILE. | *Botanique.* |
| LALLEMAND, *Suppléant.* | *Clinique chirurgicale.* |
| DUPORTAL. | *Chimie médicale.* |
| DUBRUEIL. | *Anatomie.* |
| ........................ | *Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.* |
| DELMAS. | *Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.* |
| GOLFIN. | *Thérapeutique et matière médicale.* |
| RIBES. | *Hygiène.* |
| RECH. | *Pathologie médicale.* |
| SERRE, *Examinateur.* | *Clinique chirurgicale.* |
| BERARD. | *Chimie générale et Toxicologie.* |
| RENÉ, Président. | *Médecine légale.* |
| RISUENO D'AMADOR. | *Pathologie et Thérapeutique générales.* |
| ESTOR. | *Médecine opératoire.* |

*Professeur honoraire :* M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

### AGRÉGÉS EN EXERCICE.

| | |
|---|---|
| MM. VIGUIER | MM. BOURQUENOD. |
| KÜNHOHLTZ, *Examinateur.* | FAGES, *Examinateur.* |
| BERTIN. | BATIGNE. |
| BROUSSONNET. | POURCHE. |
| TOUCHY. | BERTRAND. |
| DELMAS. | POUZIN. |
| VAILHE. | SAISSET, *Suppléant.* |

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**Comment reconnaître un composé de matière animale et d'une préparation d'or?**

N° 115.

8.

---

**Quelle est la structure et le mode de développement de l'ovaire?**

---

**Quels sont les différents appareils à extension continue? Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients?**

---

**Décrire la marche et les symptômes de la variole modifiée.**

---

# QUESTIONS DE THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 18 AOÛT 1838,

PAR

**Antoine-Géraud-Léonard CASSE,**

né à MONTPEZAT (Lot-et-Garonne),

Chirurgien militaire,

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.**



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,

Rue de la Préfecture, 10.

—

1838.



# SCIENCES ACCESSOIRES.

*Comment reconnaître un composé de matière animale et d'une préparation d'or?*

On reconnaîtra facilement que le composé contient une matière organique, en le projetant en petite quantité sur des charbons incandescents, ou en l'exposant dans une cornue ou dans un tube de porcelaine à la chaleur d'un fourneau. Le charbon, les gaz, l'eau et les divers produits de la décomposition des matières organiques par le feu ne laisseront aucun doute sur ses éléments; mais il n'existe pas de caractère chimique essentiellement différent pour distinguer toutes les substances animales des substances végétales; divers acides du règne animal ne contiennent point d'azote : les gommes, plusieurs huiles végétales, etc., sont azotées. Les caractères physiques, l'aspect, la consistance, l'odeur suffiront donc le plus souvent à établir, d'une manière certaine, la nature du composé.

Il s'agit maintenant de déterminer quelle est la préparation d'or employée, ou du moins de constater la présence de l'or métallique.

Le composé peut être ou solide ou liquide; il peut être l'un et l'autre. Est-il solide? il faut le diviser en petites portions et le traiter par l'eau distillée qui s'emparera des parties solubles, s'il en existe;

alors, comme dans le second cas, on filtre et on obtient une partie liquide et une partie solide qui reste sur le filtre.

C'est encore par la calcination de la partie solide que l'on parvient à constater la présence de l'or; par ce moyen, en effet, on obtient un résidu formé de charbon provenant de la combustion des matières animales, et si l'on pousse le feu jusqu'au degré de la chaleur rouge, le métal ne tarde pas à fondre : on le reconnaît alors aux caractères qui lui sont propres. Ce moyen ne peut être mis en usage lorsqu'il faut essayer la portion liquide. On traite cette dernière par les réactifs propres à faire reconnaître les sels d'or; ces réactifs seuls peuvent indiquer la forme sous laquelle l'or a été employé.

La première indication est de décolorer les matières avec le charbon animal à la température ordinaire; il faut se garder de les traiter par l'éther, pour les priver de certaines parties, parce que ce liquide a la propriété de décomposer certaines préparations d'or.

Si, après cette première opération, on expose une petite portion du liquide obtenu à l'action du feu, et qu'on la fasse évaporer à siccité, le résidu qui est noir, et qui, semblable à un vernis, recouvre la capsule, est un mélange d'oxide d'or et de métal réduit; si, d'un autre côté, on traite une autre portion de cette liqueur par une solution de potasse ou de soude et que l'on obtienne un précipité ayant les caractères des nitrates, on pourra dire que la préparation d'or était un nitrate.

Est-ce un sulfate d'or? M. Pelletier prétend que l'acide sulfurique concentré dissout le deutoxide d'or, et que la dissolution toujours très-acide, étendue d'eau, laisse développer assez de chaleur pour qu'il se forme un précipité noir à reflets métalliques. Il faut alors essayer ce précipité par les réactifs propres à faire reconnaître l'or, et traiter la liqueur par ceux qui servent à constater la présence de l'acide sulfurique.

La portion liquide de matière filtrée renferme-t-elle du chlorhydrate d'or; on le reconnaîtra aux caractères suivants.

La dissolution concentrée de chlorhydrate d'or produit sur la peau

des taches d'un rouge pourpre, qui, semblables aux taches jaunes de l'acide nitrique, ne s'effacent que par le renouvellement de l'épiderme.

Traitée par une solution de nitrate d'argent, il y a formation d'un précipité blanc, caillebotté, insoluble dans l'acide nitrique, et d'un précipité d'or; la liqueur filtrée ne contient que de l'acide nitrique faible, sans action sur le métal.

Le sulfate d'argent se comporte de la même manière.

La solution de cyanhydrate de fer et de potasse ne donne point de précipité lorsqu'on la verse dans une dissolution de chlorhydrate d'or.

Si l'on verse de l'ammoniaque dans cette même dissolution, il se forme un précipité né de la combinaison de cet alcali avec le métal; ce précipité, d'abord sous forme de flocons jaunâtres, séché à une douce chaleur, devient solide, sans odeur, sans saveur, et détonne facilement lorsqu'on l'expose à une température élevée; dans cette explosion l'or passe à l'état métallique.

La potasse, mise en contact avec une dissolution de chlorhydrate, y détermine des phénomènes variables suivant que l'alcali prédomine, ou que la dissolution est en excès: dans le premier cas, la liqueur, de jaune-dorée, passe rapidement à une teinte jaune-verdâtre, qu'une légère quantité d'eau fait disparaître; on voit en même temps se précipiter une poudre noirâtre qui est une combinaison d'une très-petite quantité d'or du chlorhydrate, avec un peu de potasse. Dans le second cas, la solution passe au rouge-brun, et ne se trouble que deux heures environ après l'expérience; à l'aide de la chaleur, le précipité se forme tout de suite; il est très-volumineux, léger et rouge-jaunâtre.

Le sulfate de protoxide de fer et le chlorhydrate de protoxide d'étain donnent lieu à des précipités très-remarquables, lorsqu'on les mêle avec une dissolution de chlorhydrate d'or.

Avec le premier de ces sels, il en résulte immédiatement du sulfate de peroxide de fer en dissolution, et un précipité brun, qui n'est que de l'or pur, susceptible d'acquérir tout son éclat par le frottement.

Avec le second, le précipité obtenu varie en couleur et en composition, selon la proportion des sels employés et leur concentration.

Les deux dissolutions sont-elles concentrées, et le chlorhydrate d'étain est-il en excès ; le précipité sera noir. Les dissolutions sont-elles très-étendues ; le précipité variera en couleur, suivant que l'une ou l'autre des dissolutions sera en excès.

Le chlorhydrate d'or prédomine-t-il, le precipité sera pourpre ; est-ce au contraire le chlorhydrate d'étain, le précipité sera pourpre-violet.

La noix de galle donne à la dissolution de chlorhydrate d'or une couleur rouge ; sa surface se recouvre d'une pellicule formée d'or.

La bile humaine y détermine un précipité vert qui passe bientôt au pourpre.

Mais toutes ces expériences faciles à faire sur des dissolutions bien préparées ne laissent pas que d'être insuffisantes, inexactes, lorsqu'on a à traiter un composé, qui a déjà subi des altérations, soit chimiques, soit vitales : on sera alors obligé, pour découvrir la présence de l'or, d'opérer la calcination des matières, et de se borner à constater la présence de l'or métallique.

---

# ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

*Quelle est la structure et le mode de développement de l'ovaire ?*

—

### STRUCTURE.

L'ovaire est composé de deux couches : l'externe intimement unie au péritoine est fibreuse ; l'interne est constituée par un tissu spongieux, réticulaire ; son parenchyme rougeâtre, formé de lamelles

qui semblent se continuer de la couche externe, renferme des vésicules transparentes en nombre variable de 6 à 40 environ: ce sont ces vésicules qui portent le nom d'œufs de Graaf. La structure des ovaires est modifiée pendant la grossesse et surtout après l'accouchement; leur tissu semble prendre un accroissement comparable à celui qu'acquiert l'utérus dans la même circonstance; il devient plus vasculaire, et c'est surtout alors que la disposition des lamelles devient très-appréciable.

### DÉVELOPPEMENT.

Dans les premiers mois du fœtus, les ovaires sont si peu distincts qu'on ne peut les reconnaître; ils ne deviennent apparents que dans le quatrième mois. Ils sont cependant plus volumineux chez le fœtus que chez l'adulte; ils prennent de l'accroissement à l'âge de la puberté, et pendant la grossesse on en a vu qui étaient jusqu'à douze fois plus gros qu'à l'état de vacuité. Leur volume normal égale celui d'une amande. La grossesse ovarique prouve le degré d'extension que leur tissu peut acquérir.

---

## SCIENCES CHIRURGICALES.

*Quels sont les différents appareils à extension continue? Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients?*

---

Née de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à maintenir en contact les fragments de certaines fractures, et surtout des fractures obliques du fémur, l'extension continuée est l'action d'un bandage qui tire continuellement en sens contraire les fragments supérieur et inférieur

de l'os fracturé. Elle est ordinairement employée dans les fractures du fémur, et surtout du col de cet os. Dans ces cas, en effet, il faut lutter contre une masse musculaire puissante qui, par sa contraction, paralyse l'effort des moyens ordinaires; on en a étendu l'usage à quelques fractures de la jambe, chez des personnes qui offraient un développement marqué des muscles de cette région. Si l'on voulait prendre dans une acception forcée la valeur du mot qui caractérise l'action du bandage à extension permanente, tous les appareils pour la fracture de la clavicule, où l'on place un coin dans le creux de l'aisselle, seraient des bandages de ce genre, puisque le poids du bras, augmenté par la compression exercée sur sa portion inférieure pour maintenir le coude rapproché du corps, tire continuellement en dehors le fragment externe de la clavicule, tandis que son fragment interne est maintenu dans une position invariable, par son articulation sternale.

On pourrait encore regarder comme tels le bandage de Dupuytren pour la fracture du péroné, et celui du même chirurgien pour la fracture du radius. Dans le premier, le pied tiré en dedans exerce sur le péroné une extension continuelle au moyen des ligaments péroniers; dans le second, l'attelle à double courbure exerce, par son point d'appui sur le cubitus, une extension permanente sur le radius, et empêche, en même temps, que la main ne se rejette en dehors. Mais je parlerai seulement des appareils de cette nature employés pour obtenir la guérison des fractures du fémur, comme étant ceux auxquels on donne ordinairement le nom de bandage à extension continuée.

Les anciens avaient des appareils très-imparfaits qui n'offrent aujourd'hui qu'un intérêt purement historique. M. Gressly cependant a fait connaître, en 1833, un bandage qui rappelle celui de Heister; il fixe le bassin contre le lit et le pied contre une barre de fer retenue à l'extrémité inférieure du lit. Duverney assujétissait le malade par ses extrémités inférieures et tirait le tronc vers le chevet; singulière manière de faire l'extension de la jambe, qui obligeait de remuer la masse entière du corps.

Belloc, Aitken et d'autres ont également inventé des appareils à extension continuée, appareils imparfaits dont Desault a fait justice, en ramenant ce genre d'extension à une grande simplicité. Mais avant d'examiner son appareil, il convient, je crois, de rappeler les règles tracées depuis par Boyer, puisque, de leur observation plus ou moins rigoureuse, naissent les avantages et les inconvénients que présentent tous les appareils de ce genre.

1° On doit éviter de comprimer les muscles qui passent sur l'endroit de la fracture, et dont l'allongement est nécessaire pour redonner au membre la longueur qu'il a perdue par les glissements des fragments l'un sur l'autre. 2° Les puissances qui servent à l'extension continuée doivent agir suivant la direction de l'os fracturé; elles doivent être lentes, graduelles, appliquées sur une surface large pour diminuer leur action compressive, qui pourrait devenir dangereuse pour la vie des parties sur lesquelles elle s'exerce.

Enfin, dit un autre auteur, il est surtout nécessaire que les moyens employés ne dérobent pas à l'œil du chirurgien les rapports du membre sain et du membre malade, afin qu'il puisse être constamment en situation de surveiller l'action du bandage et remédier aux accidents qui pourraient survenir.

Desault imagina son bandage dans le but de prévenir le déplacement des fragments, et c'est sur l'observation des considérations suivantes qu'il en disposa l'appareil : 1° la puissance des muscles qui s'insèrent à la partie supérieure de la cuisse, la contraction volontaire ou involontaire de ces muscles tirent en haut le fragment inférieur; 2° le poids du tronc, sollicité en bas par un point d'appui peu résistant et par les mouvements auxquels le malade ne peut se soustraire, pousse le fragment supérieur sur le fragment inférieur, et donne lieu au chevauchement. Ces deux grandes causes de difformité ne pouvant être vaincues par les bandages employés jusqu'à lui, Desault, pour en triompher plus sûrement, inventa son appareil qui a subi diverses modications, mais qui a servi de base à tous les autres.

Il se compose de trois attelles, dont une seule, l'externe, plus longue,

fait l'extension et la contre-extension. En prenant, au moyen d'un lac, son point d'appui sur le bassin, elle s'étend depuis la crête iliaque jusqu'à trois pouces au-dessous de la plante du pied; ses extrémités échancrées présentent une mortaise. Un lac, dont la partie moyenne est appliquée au-dessus du talon, se croise sur le dos du pied, est ramené sous la plante, passe par un de ses bouts dans la mortaise inférieure, et se noue au côté externe sur l'échancrure.

Cet appareil est donc une puissance constamment agissante, et qui, par son mode d'action lent et gradué, paralyse la contractilité des masses musculaires du membre fracturé; par sa force extensive permanente, il empêche le fragment inférieur d'obéir aux muscles externes et postérieurs de la cuisse, qui tendent à le porter en haut, en dehors et en arrière; il empêche que le tronc, maintenu par le bassin contre l'extrémité supérieure de l'attelle, ne descende en poussant devant lui le fragment supérieur. La disposition des attelles offre l'avantage d'emboîter le membre dans toute son étendue, de faire du bassin, de la cuisse, de la jambe et du pied, un tout continu; elles maintiennent ces parties dans un rapport toujours égal, et les préservent des secousses qui pourraient leur être accidentellement imprimées. Par la combinaison de ces moyens il prévient le raccourcissement du membre, en maintenant les fragments dans la situation où la réduction les a placés.

Le plus grave inconvénient que présente cet appareil est le défaut de parallélisme entre la puissance extensive et la direction de l'axe du membre. Il en résulte d'abord une perte de force, et ensuite la rotation du pied en-dehors; en effet, le lac extenseur, agissant sur l'extrémité inférieure de l'attelle externe et prenant son point d'appui sur le pied, doit entraîner ce dernier du côté de l'attelle. On a dit que, destiné à prévenir la contraction des muscles, ce bandage, comme tous les bandages à extension, la sollicite par les tiraillements qu'il exerce sur ces organes; mais l'action des muscles, très-forte dans les premiers instants, diminue ensuite peu à peu par l'extension continuellement exercée sur eux. Faut-il reprocher à cet appareil la

compression que déterminent les lacs extensifs sur les parties qui les supportent ? Ne peut-on soustraire ces parties aux accidents qu'elle occasionne? Ne peut-on donner à la bande extensive assez de largeur pour qu'elle agisse sur une grande surface, et n'exerce pas une constriction dangereuse? Est-il donc impossible de préserver le grand trochanter des effets fâcheux de la pression long-temps continuée de l'attelle? Faut-il aussi regarder comme un inconvénient la nécessité de surveiller le bandage pour le serrer à mesure qu'il se relâche, lorsque d'autres auteurs, au contraire, lui reprochent avec plus de raison de ne pas permettre aisément la comparaison du membre sain et du membre malade, à cause du grand nombre de pièces qui composent l'appareil.

Boyer, en attachant le pied à une semelle mobile, fixée à l'attelle par une vis sans fin, a cherché à corriger le principal défaut de l'appareil de Dessault. A l'aide de cette modification, le pied est maintenu dans la position naturelle, et la force extensive agit dans la direction de l'axe du membre ; mais M. Sanson reproche à son appareil de soumettre l'extension à une machine aveugle, dont le chirurgien ne peut mesurer l'effort. De plus, à raison de sa complication, on trouve rarement l'occasion de pouvoir s'en servir.

Quant à l'appareil employé à l'Hôtel-Dieu, et dont M. Sanson donne la description très-détaillée, il offre l'avantage de pratiquer l'extension aussi directement que celui de Boyer et d'une manière plus sûre, plus lente ; comme les précédents, il prend sa part des accidents inhérents à l'emploi de l'extension continuée ; et par-dessus tous les autres, il présente une multiplicité d'attelles, de pièces d'appareil, dont l'usage, il est vrai, est à la portée de tous les chirurgiens, mais qui emmaillotent le membre d'une telle manière qu'il devient impossible de juger si la réduction est bien faite, ou du moins si elle se maintient.

L'appareil de Gressly évite la compression de la peau du bassin, puisque celui-ci est fixé au lit par un bandage de corps ; mais il offre, à un haut degré, l'incommodité de faire supporter au malade les

désagréments d'une immobilité telle, qu'il ne peut pas même remplir ses fonctions naturelles; s'il peut se mouvoir, le bassin n'est plus maintenu, et l'extension cesse d'être permanente.

L'appareil de Zondy n'est qu'une légère modification de celui de l'Hôtel-Dieu; il consiste dans une attelle assez longue pour que l'extrémité supérieure vienne prendre son point d'appui sous l'aisselle. Le but de cette disposition est d'épargner au grand trochanter et à la crête iliaque une compression toujours pénible; il ne fait que la déplacer, puisqu'elle s'exerce à la partie latérale du thorax.

L'appareil de M. Hagerdon se compose: 1° d'une grande attelle terminée par deux tenons et s'étendant de la crête iliaque au-dessous de la plante des pieds; 2° d'une planche rectangulaire percée de plusieurs trous; 3° de deux guêtres destinées à préserver les pieds des effets de la constriction. Le malade étant couché sur un lit presque horizontal et résistant, on place l'attelle sur le membre sain, en l'assujettissant avec des lanières de cuir, et prenant toutes les précautions nécessaires pour épargner au malade les dangers de la compression. On engage les tenons de l'attelle dans deux trous de la planche rectangulaire, et on les retient à l'aide de deux écrous. On prend les deux chefs du lacet qui environne le pied de la jambe non blessé, et on les noue au-dessous de la semelle après les avoir fait passer dans deux trous dont elle est percée. On lace ensuite l'autre guêtre autour de la jambe malade; on passe aussi dans deux autres trous les bouts du lacet, et on pratique, en tirant sur eux, l'extension d'après les règles indiquées.

Le grand avantage de cet appareil est de laisser le membre malade exempt de toute compression, et toujours exposé aux yeux du chirurgien; son inconvénient, de faire supporter au membre sain une immobilité gênante sans doute, mais trop avantageusement compensée, pour que l'appareil ne soit pas employé aussi souvent que possible

# SCIENCES MÉDICALES.

*Décrire la marche et les symptômes de la variole modifiée.*

Avant que Jenner, en 1798, eût publié ses admirables recherches sur le cow-pox, on s'opposait aux chances toujours à craindre de la variole, par l'inoculation même du virus variolique. Cette méthode n'offrait que le moyen de rendre discrète, presque toujours régulière, une maladie qui, spontanément déclarée, se montre quelquefois sous un aspect bien plus formidable. Abandonnée généralement aujourd'hui, cette méthode a survécu cependant en quelques endroits à la propagation de la vaccine. Désoteux et Valentin en l'an VIII, Mougenot en l'an XI, Pinel dans sa *Nosographie philosophique*, en ont donné des descriptions très-détaillées; et pour ne pas encourir le reproche d'avoir tronqué la question qui m'est échue, je crois devoir en tracer les symptômes. N'est-elle pas, en effet, une des formes de la variole modifiée?

La première période de l'inoculation du virus variolique, celle que les auteurs ont appelée période de l'infection primitive, s'annonce par des phénomènes purement locaux; en effet, ils n'envahissent que

la partie inoculée: cette partie, dès le premier jour, n'offre aucun changement. Le second jour, examinée à la loupe, elle laisse voir une petite tache d'un rouge orangé; le troisième, la tache s'étend un peu; le quatrième, la partie devient le siége d'un picotement incommode, on y remarque un peu de rougeur, la tache s'est élevée un peu au-dessus du niveau de la peau, elle présente une certaine rénitence : si à cette époque on l'examine avec une forte loupe, on y distingue une très-faible quantité d'un liquide clair et séreux, qui, le cinquième jour, augmente un peu et prend de la densité. Le sixième, l'engorgement de quelques-uns des ganglions axillaires, une douleur obtuse qui augmente dans les mouvements du bras, témoignent que l'infection cesse d'être locale et que les vaisseaux absorbants se sont emparés du virus; déjà la tache blanchit à son centre, la base et la circonférence s'étendent et s'enflamment. A la fin du septième jour, la fièvre se déclare par des pandiculations, des bâillements; le malade éprouve une chaleur incommode; le pouls acquiert de la fréquence; les sueurs, les lassitudes se succèdent chez l'adulte, alternant avec une céphalagie assez prononcée; l'enfant est plongé dans un état d'assoupissement dont il est quelquefois tiré par des convulsions de peu de durée. A cette époque, du reste, ou dans les vingt-quatre heures qui suivent, l'éruption se déclare sur tout le corps et prend les caractères de la variole naturelle la plus discrète.

## VACCINE.

La marche de l'inoculation vaccinale, les symptômes qu'elle fait naître, sont presque toujours soumis à un ordre invariable, et la succession constante de ces phénomènes devient la garantie la plus certaine du succès. Comme toutes les maladies éruptives, la vaccine offre des périodes distinctes. Dans la première, la piqûre faite par la lancette n'occasionne aucune trace d'inflammation jusqu'à la fin du troisième jour, bien que certains auteurs prétendent qu'immédiatement après la

piqûre il se forme un cercle rose, à la disparition duquel succède une légère tuméfaction dont la durée est également assez courte. Dès le quatrième jour, commence une seconde période, dite d'inflammation. On sent distinctement au toucher une légère dureté dans les bords de la petite plaie, ces bords font saillie et l'œil distingue facilement une teinte d'un rouge-clair, qui, au cinquième jour, devient encore plus appréciable. Le sixième, le bourrelet s'élargit et le centre de la pustule paraît plus déprimé. Le malade, à cette époque, éprouve des démangeaisons dans la partie. Le septième jour est remarquable par le changement que subit le bourrelet circulaire; sa couleur rouge fait place à une couleur blanche argentée; sa base toujours environnée d'une auréole rouge s'agrandit. Le huitième jour, le bourrelet s'agrandit à son tour: la matière, sécrétée en plus grande quantité, soulève ses bords qui deviennent tendus, gonflés et grisâtres; à cette époque, le cercle rouge, qui environne la base de la pustule, perd la vivacité de sa couleur et se confond avec le tissu cellulaire voisin. Le neuvième, ces symptômes se développent, la pustule offre une auréole vermeille, qui, le dixième, prend une couleur plus intense, et que l'impression du doigt fait difficilement disparaître. Dans ces trois derniers jours le bourrelet s'est encore élargi, et la dépression centrale a acquis plus d'étendue. La personne inoculée éprouve alors un sentiment plus prononcé de douleur dans la région axillaire, qui est quelquefois le siége d'un engorgement très-peu apparent; parfois elle éprouve aussi quelques frissons avec des alternatives de sueur, un peu de céphalalgie. C'est à ce groupe de symptômes très-légers qu'on a donné le nom de fièvre vaccinale, et c'est ordinairement la seule complication qu'entraîne le virus vaccin, à moins qu'on ne veuille considérer comme telle l'inflammation passagère des pustules vaccinales, qui cède toujours à l'emploi des topiques émollients. C'est vers le onzième jour que se termine ordinairement la période d'inflammation. A ce moment, le bouton offre un peu plus de résistance, le liquide qu'il renferme est devenu moins visqueux; si on le pique, il en sort une série

de gouttelettes qui se succèdent long-temps sans discontinuer. Le treizième jour, le bourrelet vésiculaire jaunit, se rétrécit en même temps que la dessiccation s'effectue; la matière devient purulente. Le quatorzième jour, la croûte solide, dure, prend une couleur plus foncée; et du quinzième au vingt-cinquième, quelquefois plus tard, la croûte, devenue douce au toucher, se colore en rouge-foncé, fait d'autant plus saillie que le bouton s'affaisse plus, et finit par tomber en laissant une cicatrice d'abord profonde, qui s'élève dans peu de mois, mais qui ne s'efface presque jamais.

Telle est la marche la plus ordinaire de la vaccine lorsque l'inoculation a eu lieu, dans des circonstances favorables, avec un virus qui lui-même réunissait les conditions voulues. Bien des causes, cependant, peuvent venir en entraver le cours : ainsi, soustraire les pustules au contact de l'air, les irriter par des frictions répétées, les couvrir de fomentations émollientes avant la fin du dixième jour, sont, d'après MM. Gendrin, Sacco et Guersent, des causes qui neutralisent l'effet de l'opération. M. Husson a avancé que le vaccin prend avec beaucoup de peine, et qu'il offre des variétés dans son développement lorsqu'on l'emploie chez des enfants trop jeunes; leur peau mollasse, spongieuse, ne permet pas encore l'absorption ou la permet mal. Pinel a écrit, et c'est un fait d'observation bien connu, que les chaleurs de l'été impriment à la marche et au développement de la vaccine un mouvement plus rapide, et que l'hiver produit un effet contraire. Dans d'autres circonstances une des trois périodes varie, quant à la durée, sans que les autres en éprouvent la moindre influence. On voit quelquefois des pustules secondaires se développer sur des parties du corps qui n'ont pas été inoculées : M. Guersent assure que c'est une inoculation postérieure que le malade s'est faite à lui-même, après avoir gratté les pustules d'insertion. D'autres fois, enfin, une personne réfractaire à une première vaccination est soumise de nouveau à l'inoculation, un mois ou deux mois après; on est tout surpris de voir apparaître des pustules dès le premier, second ou troisième jour de la nouvelle opération.

Ces pustules suivent la marche des boutons de la vraie vaccine, et l'on remarque en même temps la marche très-normale de la seconde inoculation ; c'est que celle-ci a déterminé l'éruption qui aurait dû être produite la première fois, et qu'elle-même suit sa marche accoutumée. M. Tréluyer a observé dans une seule année un grand nombre d'individus, chez lesquels l'absence d'éruption n'a pas nui au succès de l'inoculation. Avant la découverte du vaccin, Sydenham avait aussi remarqué des varioles inoculées sans affection éruptive. Mais la variété la plus singulière que présente le développement du virus vaccin, est assurément celle que M. Husson a désignée sous le nom de pseudo-vaccine ; elle est d'autant plus remarquable qu'elle ne préserve point l'individu chez lequel elle se présente, de l'invasion de la variole. Produit irrégulier de la marche du virus vaccin, cette affection est cependant soumise à deux périodes qui présentent une certaine régularité. La première, qu'on peut appeler d'invasion, inflammatoire, commence du premier au troisième jour ; il se forme des pustules circulaires semblables à celles de la vaccine ; leurs bords inégaux établissent entre elles un caractère de distinction bien marqué ; le liquide, au lieu d'être séreux, transparent, incolore, offre une couleur jaunâtre ; point d'aréole comme dans les pustules normales, quelquefois cependant elle existe, et quand elle existe, bien qu'elle apparaisse plus vite, elle dure aussi long-temps que dans les pustules de la vraie vaccine ; la dureté des bords de la plaie n'est point circonscrite, les ganglions axillaires sont douloureux, et les symptômes de la fièvre vaccinale, qui dans l'état ordinaire sont excessivement légers, sont plus prononcés dans la pseudo-vaccine. Enfin, la différence la plus tranchée de ces deux affections est la formation de croûtes au septième jour dans cette dernière, tandis que dans la vaccine véritable elles n'apparaissent qu'au douzième jour ; dans celle-ci, la cicatrice est indélébile ; dans celle-là, au contraire, absence de cicatrices qui se trouvent remplacées par de simples taches à la peau. Cette variété de vaccine se présente souvent chez des individus déjà vaccinés. M. Husson

distingue une seconde variété de fausse vaccine, qui, selon lui, provient ordinairement de l'emploi d'un virus trop avancé et parvenu à l'état purulent. Les caractères de celle-ci sont encore plus marqués ; l'inflammation de la partie inoculée arrive promptement à un certain degré d'acuité ; les bords de la petite plaie laissent échapper un suintement puriforme dès le premier jour ; le lendemain, disparition de la rougeur ; le troisième jour, ouverture du petit abcès, issue d'un pus opaque, jaunâtre ; formation de croûtes, au cinquième jour, qui se renouvellent souvent et sont quelquefois suivies d'un ulcère profond, rebelle à la guérison.

FIN.

# Faculté de Médecine

## DE MONTPELLIER.

---

### PROFESSEURS.

| | |
|---|---|
| MM. CAIZERGUES, Doyen. | *Clinique médicale.* |
| BROUSSONNET. | *Clinique médicale.* |
| LORDAT. | *Physiologie.* |
| DELILE. | *Botanique.* |
| LALLEMAND. | *Clinique chirurgicale.* |
| DUPORTAL, *Examinateur.* | *Chimie médicale.* |
| DUBRUEIL. | *Anatomie.* |
| ........................ | *Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.* |
| DELMAS. | *Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.* |
| GOLFIN. | *Thérapeutique et matière médicale.* |
| RIBES. | *Hygiène.* |
| RECH. | *Pathologie médicale.* |
| SERRE. | *Clinique chirurgicale.* |
| BERARD. | *Chimie générale et Toxicologie.* |
| RENÉ. | *Médecine légale.* |
| RISUENO D'AMADOR, Prés. | *Pathologie et Thérapeutique générales.* |

*Professeur honoraire :* M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

### AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER
KÜNHOHLTZ, *Suppléant.*
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS, *Examinateur.*
VAILHE.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHE, *Examinateur.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.